

CONSENTIMIENTO PARA VACUNACION DE NINOS
INFLUENZA ESTACIONAL 2014-2015

App
 Walk-in
Time

Apellido(de la persona recibiendo la vacuna):	Nombre:	Segundo Nombre:
Dirección:	Ciudad:	Estado, Código Postal:

Fecha de Nacimiento:	Edad:	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Numero de Teléfono:	Apellido Materno:
----------------------	-------	---	---------------------	-------------------

Raza: (seleccione uno; para propósitos estadísticos solamente): No Hispana/ Latina Hispana/Latina

Etnicidad: (Para propósitos estadísticos solamente. Si es necesario, puede escoger más de una)
 Blanca Hispana/Latina Indio Americano/ Nativo de Alaska Afroamericano Asiático
 Nativo de Hawái / Isleño del Pacifico Otro →(describa): _____

Por Favor marque las cajas que aplican:
 Seguro Médico – Rellene la siguiente información

Nombre de Seguro Médico: _____ **¿Es un plan de AHCCCS? Si o No**

Nombre de Subscriptor: _____ **#SS** _____ **Fecha de Nacimiento** _____

#ID _____ **#Group** _____ **Relationcion con el subscriptor** _____

**Nota: Si su plan no cubre la vacuna de la influenza, será responsable por la factura de \$15 por niño.*

- Infra-asegurado: mi seguro médico no cubre el costo de la vacuna contra la influenza- un deducible alto no se considera infra-asegurado.
- Nativo Americano o Nativo de Alaska
- No tengo seguro medico**

_____ He leído o me han explicado la información contenida en la Hoja de Información de Vacunas (VIS por sus siglas en inglés) para 2014-2015 acerca de la vacuna de influenza estacional. **Mi hijo(a) no está enfermo(a) hoy, no tiene una alergia severa al huevo, y no ha tenido una reacción seria a la vacuna de la influenza en el pasado.** He tenido una oportunidad de hacer preguntas que han sido contestadas a mi satisfacción. Doy permiso al Condado Coconino de dar información acerca de esta vacunación al Sistema de Información de Inmunización del Estado de Arizona (ASIIS por sus siglas en ingles) y otros proveedores de servicios de salud, si son pedidos. Entiendo los beneficios y riesgos de la vacuna de la influenza y quiero que den a mi hijo(a) la vacuna que pedí hoy. Si están mandando la factura a mi seguro médico, autorizo, a CPHSD dar información a la compañía de seguro acerca de mi visita y asigno pagos por los servicios prestados por CPHSD. Entiendo que soy financieramente responsable por todos los cargos, sea que mi seguro médico los cubra o no.

*****Por Favor rellene el lado reverse si desea que su hijo sea revisado para obtener la vacuna entre-nasal contra la influenza*****

Firma del paciente o tutor	Nombre Impreso	Fecha
----------------------------	----------------	-------

FOR STAFF USE ONLY / PARA USO DEL EMPLEADO SOLAMENTE

Clinic Location: _____ **Admin Initials:** _____

PAYMENT DETAILS: Client may request copy for records. Please ensure all areas are completed for billing purposes.

- Fee Waived Client Responsible Bill Insurance Bill Company _____

Fee/Donation \$ _____	Form of payment: Cash Check CC	Receipt # _____
-----------------------	---	-----------------

Vaccine Selection							
Initials	Age Group	Manufacturer	Lot #	VFC/Pay	Site	Route	Dose
	6mos- 35 mos	Sanofi prefilled syringe			<input type="checkbox"/> LVL <input type="checkbox"/> RVL <input type="checkbox"/> LD <input type="checkbox"/> RD	IM	0.25ml
	3 yrs– 18 yrs	Sanofi SDV			<input type="checkbox"/> LD <input type="checkbox"/> RD	IM	0.5ml
	2 yrs-18yrs	MedImmune Nasal Mist			R and L nares	Intranasal	0.1ml per nare
	3 yrs– 18 yrs	Sanofi MDV			<input type="checkbox"/> LD/ <input type="checkbox"/> RD	IM	0.5ml
	6mos- - 35mos	Sanofi MDV if no Syringes			<input type="checkbox"/> LVL <input type="checkbox"/> RVL <input type="checkbox"/> LD <input type="checkbox"/> RD	IM	0.25ml

Please provide reminder slips to children under 9 years if 2nd dose necessary this year

Nurse's Signature Date